

Dokument für die interne Verwendung

# **951.1.1 Ambulante Vorsorgemaßnahmen**

---

## Inhaltsverzeichnis

---

951.1.1	Ambulante Vorsorgemaßnahmen.....	3
951.1.1.1	Leistungsträger DAK.....	3
951.1.1.1.1	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Inland.....	3
951.1.1.1.1.1	Anspruchsvoraussetzungen.....	3
951.1.1.1.1.2	Inhalt und Umfang der Leistung.....	4
951.1.1.1.1.3	MDK.....	6
951.1.1.1.1.4	Bearbeitung.....	7
951.1.1.1.1.5	Bildschirmmasken-Eintragungen (21c_kern).....	9
951.1.1.1.2	Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Ausland.....	10
951.1.1.1.2.1	Anspruchsvoraussetzungen.....	10
951.1.1.1.2.2	Inhalt und Umfang der Leistung.....	10
951.1.1.1.2.3	MDK.....	13
951.1.1.1.2.4	Bearbeitung.....	14
951.1.1.1.2.5	Bildschirmmasken-Eintragungen (21c_kern).....	16

---

## 951.1.1 Ambulante Vorsorgemaßnahmen

---

### 951.1.1.1 Leistungsträger DAK

#### 951.1.1.1.1 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Inland

Die Neuregelung durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 orientiert Vorsorgeleistungen stärker als bisher an den Kriterien medizinischer Notwendigkeit und beseitigt Zweifel an deren medizinischem Nutzen (Stichwort "Kururlaub").

Die Vorsorge umfasst jetzt primär- und sekundärpräventive Zielsetzungen (Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten).

Der Begriff "ambulante Badekur" wird trotz des jahrzehntelangen Sprachgebrauchs aufgegeben, weil er in dieser Form den medizinisch hochwertigen ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nicht mehr entspricht.

Sie können auch über den Deutschen Bäderkalender u.a. Informationen zu bestimmten Leistungen, Kurformen und Therapien der einzelnen Kurorte abrufen. Sie finden ihn unter [www.baederkalender.de](http://www.baederkalender.de).

**Achtung:** Der Bäderkalender enthält auch Orte (z. B. Seebäder oder Luftkurorte), die keine anerkannten Kurorte sind.

#### 951.1.1.1.1.1 Anspruchsvoraussetzungen

Hinweis: Antrag

Auf den Antrag kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn bereits aus einer Arztanfrage oder anderen ärztlichen Unterlagen die Notwendigkeit einer Maßnahme ersichtlich ist.

**Bei jedem Antrag muss geprüft werden, ob es sich um einen potentiellen DMP-Teilnehmer handelt. Im Einzelfall sind alle Maßnahmen einzuleiten, um eine Einschreibung des Kunden in das passende DMP zu erreichen.**

Voraussetzungen für die Bewilligung sind:

- kein anderer Leistungsträger ist zuständig,
- es besteht ein Leistungsanspruch,
- **vor** Beginn der ambulanten Vorsorgeleistung wird ein Antrag durch den Kunden (Vordruck 951-001 / GAVANTR) gestellt,
- die ambulante Vorsorgeleistung wird erst nach Ablauf von 3 Jahren nach Durchführung solcher oder einer ähnlichen Leistung durchgeführt oder ist vorzeitig medizinisch dringend notwendig,

Hinweis: Anrechnung auf die 3-Jahres-Frist bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkanntem Kurort

Auf die Drei-Jahres-Frist sind anzurechnen:

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- stationäre Vorsorgeleistungen
- Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen
- Vorsorgeleistungen anderer Leistungsträger

**Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht anzurechnen.**

- der MDK (Stichprobenregelung), der GesB oder der MA SC befürwortet die beantragte Maßnahme,

- die ambulante Vorsorgeleistung wird in einem anerkannten Kurort durchgeführt.

Fachinformationen: Anerkannte Heilbadeorte Inland

Eine ambulante Vorsorgeleistung am Wohnort (dauerhafter oder überwiegender Wohnsitz) des Kunden, kann nicht bewilligt werden.

Ambulante Vorsorgeleistungen in einer **Kurklinik** oder einem **Sanatorium** können nur in einem anerkannten Kurort durchgeführt werden.

Hinweis: Ambulante Vorsorge für Kinder und Jugendliche in anerkannten Einrichtungen der Jugendämter

Für Kinder und Jugendliche organisieren Jugendämter und Wohlfahrtsverbände Erholungsmaßnahmen mit medizinischer Versorgung, die vergleichbar sind mit ambulanten Vorsorgemaßnahmen in anerkannten Kurorten oder Kompaktkuren. Diese Maßnahmen werden vermittelt und organisiert durch

- die Träger der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege (z. B. Deutsches Rotes Kreuz, Caritasverband, Arbeiterwohlfahrt, Diakonisches Werk, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband),
- andere Stellen (z. B. Gesundheitsamt, Jugendamt) oder
- private Kureinrichtungen.

Die Einrichtungen müssen vom zuständigen Jugendamt für die Durchführung von ambulanten Vorsorgemaßnahmen für Kinder und Jugendliche zugelassen sein; bei Maßnahmen im Ausland von einer vergleichbaren amtlichen Stelle.

Die Einrichtungen sind weder DV- noch karteimäßig erfasst.

#### 951.1.1.1.1.2 Inhalt und Umfang der Leistung

##### Leistungsinhalt

Ambulante Vorsorgeleistungen im anerkannten Kurort sollen

- den Versicherten helfen, die in ihrer Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren zu erkennen und ihr Verhalten zu ändern.
- dazu dienen, Heilungsprozesse zu fördern, bestehende Funktionsbeeinträchtigungen zu beseitigen oder zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten, Beschwerden zu lindern und den Versicherten Hilfen zum besseren Umgang mit ihrem Leiden zu geben.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten können u.a. durchgeführt werden, als

- **ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung**, wenn eine Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und/oder die Erhaltung der Kompetenz im Alter (Geroprophylaxe) durch kurortspezifische Mittel und Methoden im Vordergrund stehen.
- **ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten**, wenn Heilungsprozesse gefördert, bestehende Schädigungen und Funktionsstörungen beseitigt oder vermindert, voraussichtlich nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen vermieden, eine Verschlimmerung verhütet, Beschwerden gelindert und dem Patient Hilfen zum besseren Umgang mit seinem Leiden gegeben werden sollen.
- **Kompaktkuren**, wenn es sich um vom vdek dafür anerkannte Kompaktkurorte handelt und sich die Maßnahmen bei bestimmten Indikationen (z. B. Rückenleiden, Osteoporose, Atemwegserkrankungen) für strukturierte Durchführungen in Gruppen anbieten. Wird eine Kompaktkur bewilligt, ist es erforderlich, dass sich die Versicherten vor Beginn mit der jeweiligen Kurverwaltung in Verbindung setzen, um die Termine für den Kurbeginn zu erfragen. Damit die

Gruppen eingeteilt bzw. festgelegt werden können, müssen sich die Versicherten bei der jeweiligen Kurverwaltung zur "Kompaktkur" anmelden.

- **ambulante Vorsorgeleistungen für chronisch kranke Kinder (Kinder, die noch nicht 14 Jahre alt sind)**, die aus einer abgestimmten Kombination von Therapien zur Konstitutionskräftigung und Steigerung der Abwehrkräfte unter Nutzung der heilklimatischen Faktoren des Kurortes bestehen. Die Maßnahmen sollen geeignet sein, der Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung entgegenzuwirken.

§ 23 Abs.2 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen

### Leistungsumfang

Eine Regeldauer besteht nicht mehr. Die Dauer der ambulanten Vorsorgeleistung sollte jedoch 3 Wochen nicht unterschreiten, so dass generell eine Bewilligung von **3 Wochen** auszusprechen ist.

Hinweis: Abweichung von der 3-wöchigen Dauer

Wird ärztlicherseits eine längere Dauer, allenfalls bei sekundärpräventiver Zielsetzung und zwingender medizinischer Begründung des verordnenden Arztes, für notwendig erachtet, ist der MDK zu befragen, ob der beantragten Dauer zugestimmt werden kann. Bei ambulanten Maßnahmen mit einer Dauer von unter 14 Tagen und bei ausschließlicher Anwendung von Heilmitteln zur Fortsetzung der kurativen Versorgung handelt es sich nach den kurmedizinischen Prinzipien nicht um Ambulante Vorsorgeleistungen im Sinne des Kurarztvertrages.

- **Ärztliche Behandlung**

Hinweis: Ärztliche Behandlung bei ambulanten Vorsorgeleistungen im Inland

Die Kosten der kurärztlichen Behandlung werden mit einer Behandlungspauschale auf dem Kurarztschein über die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe direkt zwischen Arzt und DAK abgerechnet. Der Kurarztvertrag berechtigt und verpflichtet die Vertragskurärzte zu allen Maßnahmen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die Durchführung einer ambulanten Vorsorgeleistung zweckmäßig und erforderlich sind. Neben der kurärztlichen Behandlungspauschale wird eine weitere Pauschale an Stelle der bisher üblichen Einzelabrechnung für sonstige Leistungen und Leistungen bei interkurrenten Erkrankungen gezahlt.

Der Kurarzt darf von einem Anspruchsberechtigten, der einen Kurarztschein vorgelegt hat, eine Vergütung nur dann fordern, wenn und soweit der Anspruchsberechtigte ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten zusätzlich behandelt zu werden und dies dem Kurarzt schriftlich bestätigt.

§ 14 KurÄVtr (Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag) - Vergütungen für die kurärztliche Behandlung

§ 23 KurÄVtr (Vertrag über die kurärztliche Behandlung (Kurarztvertrag) - Gesonderte Vergütung

Erstattungen auf solche Rechnungen dürfen grundsätzlich nicht vorgenommen werden und sind abzulehnen.

Werden Privatrechnungen eingereicht, ist der Kurarztschein zurückzufordern. Eine Kostenerstattung kommt nur für den anspruchsberechtigten Personenkreis in Frage.

- **Arzneimittel**
- **Heilmittel**

---

---

- **Zuschuss (bis 21.07.2010)**

Mit dem 3. Nachtrag zur Satzung der DAK ist ab dem 22.07.2010 der Zuschuss zu den Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung entfallen.

### Informationen über spezielle Therapien

Hinweis: Felke-Kur

Maßnahme unter Anwendung von Lehmädern und anderen Heilmitteln. Durchführung nur in den Kurorten Sobernheim und Diez, siehe Fachinformationen: Anerkannte Heilbadeorte Inland.

Die "Felke-Kur" kann als ambulante Vorsorgeleistung bewilligt werden.

Hinweis: Mayr-Kur

Maßnahme zur Entschlackung mit Milch-Semmel-Diät und täglichen speziellen Bauchbehandlungen bei besonderer Atemtechnik.

Eine Bewilligung/Bezuschussung als ambulante Vorsorgeleistung ist seit dem 01.01.2000 nicht mehr möglich.

Hinweis: Schroth-Kur

Maßnahme zur Entschlackung durch Spezialdiät (Trocken- und Trinktage) mit speziellen Getränken und Schrothpackungen. Durchführung in anerkannten Kurorten (auch Kompaktkur, siehe Fachinformationen: Anerkannte Heilbadeorte In- und Ausland / Kompaktkurorte).

Die "Schroth-Kur" kann als ambulante Vorsorgeleistung bewilligt werden.

Hinweis: Therapien, die keine Kassenleistung darstellen

In anerkannten Kurorten, Sanatorien und Spezialkureinrichtungen werden neben der klassischen Behandlung einer ambulanten Vorsorgeleistung z. B. folgende Therapien angewendet:

- Molke-Trinkkur
- Zelltherapie (Behandlung mit Frisch- oder Trockenzellen)
- HOT (hämatogene Oxydationstherapie)
- Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie
- Chelat-Therapie

Für diese Therapien werden keine Kosten bewilligt bzw. erstattet.

Soll die ambulante Vorsorgeleistung nur aus diesen Therapien bestehen, kann eine Bewilligung nicht erfolgen.

Sollen hier **nicht aufgeführte Therapien** durchgeführt werden und bestehen Zweifel, ob eine ambulante Vorsorgeleistung bewilligt werden kann, ist die Zentrale 0031 50 einzuschalten.

### 951.1.1.1.3 MDK

Die MDK-Begutachtung erfolgt grundsätzlich bei jedem 4. Antrag auf Leistungen zur ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation. Diese Anträge sind mit dem entsprechenden Maßnahmeschlüssel in der BM 7.18 zu kennzeichnen. Eine MDK-Begutachtung ist sinnvoll, wenn

- Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben zu Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit oder -zielen bestehen.
- Leistungen vor Ablauf von 3 bzw. 4 Jahren beantragt werden und sich aus medizinischen Gründen die erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt.
- aufgrund der nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf - insbesondere im Hinblick auf die Versorgungsplanung - eine MDK-Einschätzung notwendig ist. Antragstellungen in folgenden Bereichen legen dies nahe:
  - Neurologie
  - Geriatrie
  - Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)
  - Entwöhnungsbehandlung (Sucht)
- dem ärztlichen Befundbericht (z. B. Muster 25) oder dem Antrag der Versicherten personenbezogene Zusatzinformationen des Arztes/Therapeuten oder der Versicherten selbst in einem verschlossenen, an den MDK adressierten Umschlag beiliegen.
- es sich um Widersprüche oder Verlängerungsanträge handelt.

#### **Anmerkung zu Zweitgutachten**

Eine Beratung mit der Zielsetzung eines Zweitgutachtens ist nicht anzustreben. Nur, wenn der Kunde aus eigener Initiative weitere ärztliche Unterlagen einreicht bzw. im Rahmen des Widerspruchsverfahrens, ist eine Zweitbegutachtung zu veranlassen.

Die Begutachtung ist mit Vordruck 951-041 einzuleiten.

Dem Auftrag zur Begutachtung sind

- der Antrag
- ggf. weitere ärztliche Unterlagen

beizufügen.

Wird vom MDK ein Termin zur persönlichen Begutachtung mitgeteilt, ist die Kundin/der Kunde mit Vordruck 951-043 (DAKIDIS) / Brief GMMDKUNT (21c\_kern) vorzuladen.

Dem MDK sind ausreichende medizinische und sozialmedizinische Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Es ist zwingend darauf zu achten, dass die Angaben im Antrag vollständig sind.

Reichen die Angaben des MDK für die Entscheidung nicht aus, sind die fehlenden Angaben nachzufordern.

§ 76 Abs. 3 SGB X - Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V - Zusammenarbeit

§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V - Zusammenarbeit

Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V - Vorsorge und Rehabilitation

#### **951.1.1.1.1.4 Bearbeitung**

**Der Antrag ist unverzüglich zu bearbeiten.**

Für die Antragstellung stehen die Vordrucke 955-001 / GAVANTR und GAUANTR zur Verfügung. Wird ein formloses Attest oder das Muster 25 vorgelegt, dem alle für die Beurteilung des Antrages notwendigen Angaben - insbesondere, ob Heilmittel angewendet werden sollen - zu entnehmen sind, kann dies

anerkannt werden. Auf eine zusätzliche Ausfüllung des Antrages durch den Arzt wird in diesem Fall verzichtet.

Die Fragen im Antrag müssen vollständig beantwortet sein. Fehlende Angaben des Kunden können nach telefonischer Rücksprache nachgetragen werden.

**Die Angaben zu den Diagnosen dürfen nur vom Arzt berichtet oder ergänzt werden.**

Der "Vorschlag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes" darf bei Eingang des Antrages nicht älter als drei Monate sein.

Neben den Anspruchsvoraussetzungen muss unabhängig von den Angaben des Kunden geprüft werden, ggf. durch Anfrage bei der Vorgängerkasse (GMVORKK bzw. GMVORK), ob die **gesetzliche Wartezeit** eingehalten wurde.

Für die Prüfung, ob es sich um einen anerkannten Kurort oder Kompaktkurort handelt, steht die Fachinformation:

- Anerkannte Heilbadeorte Inland

zur Verfügung.

Weitere Informationen bietet die Kompaktkurzentrale ([www.kompaktkur.de](http://www.kompaktkur.de)).

Der Deutsche Heilbäderverband (DHV) bietet zusätzliche Informationen zu bestimmten Leistungen, Kurformen und Therapien der jeweiligen Kurorte ([www.baederkalender.de](http://www.baederkalender.de)).

**Achtung:** Der Bäderkalender enthält auch Orte (z. B. Seebäder oder Luftkurorte), die keine anerkannten Kurorte sind.

Bestätigt der MDK, dass statt der beantragten ambulanten Vorsorgeleistung die medizinischen Voraussetzungen für stationäre **Reha**-Maßnahmen des RV-Trägers erfüllt sind, ist der Antrag abzulehnen. Der Kunde ist zu informieren und an den RV-Träger zu verweisen.

Sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, stehen für die Bewilligung folgende Vordrucke zur Verfügung:

- GMAMBZUM - Bewilligung ambulante Vorsorgeleistung im Inland
- GMAMBZUMGAS - Bewilligung ambulante Vorsorgeleistung in Bad Gastein / Bad Hofgastein

Ambulante Vorsorgeleistungen werden mit dem Vordruck 951-001 beantragt. Wird ein formloses Attest oder das Muster 25 vorgelegt, dem alle für die Beurteilung des Antrages notwendigen Angaben - insbesondere, ob Heilmittel angewendet werden sollen - zu entnehmen sind, kann dies anerkannt werden. Auf eine zusätzliche Ausfüllung des Antrages durch den Arzt wird in diesem Fall verzichtet.

Die Fragen im Antrag müssen vollständig beantwortet sein. Fehlende Angaben des Kunden können nach telefonischer Rücksprache nachgetragen werden.

**Die Angaben zu den Diagnosen dürfen nur vom Arzt berichtet oder ergänzt werden.**

Der "Vorschlag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes" darf bei Eingang des Antrages nicht älter als drei Monate sein.

Neben den Anspruchsvoraussetzungen muss unabhängig von den Angaben des Kunden geprüft werden, ggf. durch Anfrage bei der Vorgängerkasse (Vorlage 951-065 / GMVORKK), ob die **gesetzliche Wartezeit** eingehalten wurde.

Für die Prüfung, ob es sich um einen anerkannten Kurort oder Kompaktkurort handelt, steht die Fachinformation:

- Anerkannte Heilbadeorte Inland

zur Verfügung.

Weitere Informationen bietet die Kompaktkurzentrale ([www.kompaktkur.de](http://www.kompaktkur.de)).



Der Deutsche Heilbäderverband (DHV) bietet zusätzliche Informationen zu bestimmten Leistungen, Kurformen und Therapien der jeweiligen Kurorte ([www.baederkalender.de](http://www.baederkalender.de)).

**Achtung:** Der Bäderkalender enthält auch Orte (z. B. Seebäder oder Luftkurorte), die keine anerkannten Kurorte sind.

Bestätigt der MDK, dass statt der beantragten ambulanten Vorsorgeleistung die medizinischen Voraussetzungen für stationäre Reha-Maßnahmen des RV-Trägers erfüllt sind, ist der Antrag abzulehnen. Der Kunde ist zu informieren und an den RV-Träger zu verweisen.

**Der Antrag ist unverzüglich zu bearbeiten. Dabei muss 010 Fristen der Antragsbearbeitung unbedingt beachtet werden.**

Können die Fristen nicht eingehalten werden, muss der Kunde unter Darlegung der Gründe vor Fristablauf formlos schriftlich informiert werden. Die Fristen sind bis zur Entscheidung über die beantragte Leistung durch Termin zu überwachen. Werden die Bearbeitungsfristen nicht eingehalten, kann ein Vermögensschaden für die Kasse entstehen.

Ambulante Vorsorgeleistungen werden mit dem Vordruck 951-001 beantragt. Wird ein formloses Attest oder das Muster 25 vorgelegt, dem alle für die Beurteilung des Antrages notwendigen Angaben - insbesondere, ob Heilmittel angewendet werden sollen - zu entnehmen sind, kann dies anerkannt werden. Auf eine zusätzliche Ausfüllung des Antrages durch den Arzt wird in diesem Fall verzichtet.

Die Fragen im Antrag müssen vollständig beantwortet sein. Fehlende Angaben des Kunden können nach telefonischer Rücksprache nachgetragen werden.

**Die Angaben zu den Diagnosen dürfen nur vom Arzt berichtet oder ergänzt werden.**

Der "Vorschlag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes" darf bei Eingang des Antrages nicht älter als drei Monate sein.

Neben den Anspruchsvoraussetzungen muss unabhängig von den Angaben des Kunden geprüft werden, ggf. durch Anfrage bei der Vorgängerkasse (Vorlage 918-001 / KGMILEIB), ob die **gesetzliche Wartezeit** eingehalten wurde.

Für die Prüfung, ob es sich um einen anerkannten Kurort oder Kompaktkurort handelt, steht die Fachinformationen:

- Anerkannte Heilbadeorte Inland

zur Verfügung.

Weitere Informationen bietet die Kompaktkurzentrale ([www.kompaktkur.de](http://www.kompaktkur.de)).

Der Deutsche Heilbäderverband (DHV) bietet zusätzliche Informationen zu bestimmten Leistungen, Kurformen und Therapien der jeweiligen Kurorte ([www.baederkalender.de](http://www.baederkalender.de)).

**Achtung:** Der Bäderkalender enthält auch Orte (z. B. Seebäder oder Luftkurorte), die keine anerkannten Kurorte sind.

Für die MDK-Begutachtung und die Entscheidung über die Maßnahme (Kurort und die Dauer) werden die gesamten Antragsunterlagen an den GesB weitergeleitet.

Zur Erstellung der Kostenzusage gibt der GesB die Unterlagen mit den entsprechenden Angaben zurück.

#### 951.1.1.1.1.5 Bildschirmmasken-Eintragungen (21c\_kern)

Die "Allgemeinen Grundsätze" für die Erfassung sind in der BITMARCK\_21c|ng Onlinehilfe für 21c\_kern - Leistungen - Medizinische Vorsorge / Rehabilitation beschrieben.

Die BITMARCK\_21c|ng Onlinehilfe für 21c\_kern dient ausschließlich der Beschreibung der Erfassungsmöglichkeiten - die Anweisungen zur Bearbeitung werden dadurch nicht ersetzt.

Alle Aktivitäten müssen in den vorhandenen Reitern erfasst werden.

### 951.1.1.1.2 Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten im Ausland

Die Neuregelung durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 orientiert Vorsorgeleistungen stärker als bisher an den Kriterien medizinischer Notwendigkeit und beseitigt Zweifel an deren medizinischem Nutzen (Stichwort "Kururlaub").

Die Vorsorge umfasst jetzt primär- und sekundärpräventive Zielsetzungen (Verhütung der Verschlimmerung von Krankheiten).

Der Begriff "ambulante Badekur" wird trotz des jahrzehntelangen Sprachgebrauchs aufgegeben, weil er in dieser Form den medizinisch hochwertigen ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nicht mehr entspricht.

#### 951.1.1.1.2.1 Anspruchsvoraussetzungen

Hinweis: Antrag

Auf den Antrag kann auch dann nicht verzichtet werden, wenn bereits aus einer Arztanfrage oder anderen ärztlichen Unterlagen die Notwendigkeit einer Maßnahme ersichtlich ist.

**Bei jedem Antrag muss geprüft werden, ob es sich um einen potentiellen DMP-Teilnehmer handelt. Im Einzelfall sind alle Maßnahmen einzuleiten, um eine Einschreibung des Kunden in das passende DMP zu erreichen.**

Voraussetzung für die Bewilligung von ambulanten Vorsorgeleistungen im Ausland ist neben einem zwischenstaatlichen Abkommen, dass diese Leistungen als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung des betreffenden ausländischen Staates vorgesehen sind. Anerkannte Staaten, sowie ggf. Kurorte - siehe Fachinformationen: Anerkannte Heilbadeorte Ausland.

Weitere Voraussetzungen für die Bewilligung sind:

- kein anderer Leistungsträger ist zuständig,
- es besteht ein Leistungsanspruch,
- **vor** Beginn der ambulanten Vorsorgeleistung wird ein Antrag durch den Kunden (Vordruck 955-001 / GAVANTR) gestellt,
- die ambulante Vorsorgeleistung wird erst nach Ablauf von 3 Jahren nach Durchführung solcher oder einer ähnlichen Leistung durchgeführt oder ist vorzeitig medizinisch dringend notwendig,

Hinweis: Anrechnung auf die 3-Jahres-Frist bei ambulanten Vorsorgeleistungen in anerkanntem Kurort

Auf die Drei-Jahres-Frist sind anzurechnen:

- ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten
- stationäre Vorsorgeleistungen
- Medizinische Vorsorgeleistungen für Mütter bzw. Mutter-Kind-Maßnahmen
- Vorsorgeleistungen anderer Leistungsträger

**Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht anzurechnen.**

- der MDK (Stichprobenregelung), der GesB oder der MA SC befürwortet die beantragte Maßnahme,
- die ambulante Vorsorgeleistung wird in einem anerkannten Kurort bzw. Staat durchgeführt.

#### 951.1.1.1.2.2 Inhalt und Umfang der Leistung

## Leistungsinhalt

Ambulante Vorsorgeleistungen im anerkannten Kurort/Staat sollen

- den Versicherten helfen, die in ihrer Lebensweise begründeten gesundheitsgefährdenden Faktoren zu erkennen und ihr Verhalten zu ändern.
- dazu dienen, Heilungsprozesse zu fördern, bestehende Funktionsbeeinträchtigungen zu beseitigen oder zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten, Beschwerden zu lindern und den Versicherten Hilfen zum besseren Umgang mit ihrem Leiden zu geben.

Ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten/Staaten können u.a. durchgeführt werden, als

- **ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung**, wenn eine Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und/oder die Erhaltung der Kompetenz im Alter (Geroprohylaxe) durch kurortspezifische Mittel und Methoden im Vordergrund stehen.
- **ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten**, wenn Heilungsprozesse gefördert, bestehende Schädigungen und Funktionsstörungen beseitigt oder vermindert, voraussichtlich nicht nur vorübergehende Fähigkeitsstörungen vermieden, eine Verschlimmerung verhütet, Beschwerden gelindert und dem Patient Hilfen zum besseren Umgang mit seinem Leiden gegeben werden sollen.

§ 23 Abs.2 SGB V - Medizinische Vorsorgeleistungen

### Leistungsumfang

Eine Regeldauer besteht nicht mehr. Die Dauer der ambulanten Vorsorgeleistung sollte jedoch 3 Wochen nicht unterschreiten, so dass generell eine Bewilligung von **3 Wochen** auszusprechen ist.

Hinweis: Abweichung von der 3-wöchigen Dauer

Wird ärztlicherseits eine längere Dauer, allenfalls bei sekundärpräventiver Zielsetzung und zwingender medizinischer Begründung des verordnenden Arztes, für notwendig erachtet, ist der MDK zu befragen, ob der beantragten Dauer zugestimmt werden kann. Bei ambulanten Maßnahmen mit einer Dauer von unter 14 Tagen und bei ausschließlicher Anwendung von Heilmitteln zur Fortsetzung der kurativen Versorgung handelt es sich nach den kurmedizinischen Prinzipien nicht um Ambulante Vorsorgeleistungen im Sinne des Kurarztvertrages.

- **Ärztliche Behandlung**
- **Arzneimittel**
- **Heilmittel**

Hinweis: Heilmittel bei ambulanten Vorsorgeleistungen im Ausland

Die Heilmittelkosten werden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Zuzahlung **bis** zur Höhe der im Inland geltenden Vertragssätze erstattet.

Zu den erstattungsfähigen Heilmitteln gehören physiotherapeutische Leistungen, Massagen, med. Bäder, Krankengymnastik, Bewegungstherapie ,Inhalationen und andere Heilmittel und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die im Rahmen der Gesamttherapie notwendig sind, um den Behandlungserfolg zu erreichen.

Die Heilmittelkosten können gegen Aushändigung der Rechnung und der entsprechenden ärztlichen Verordnungen (Kurbuch u. ä.) erstattet werden.

Es werden die Vertragssätze nach den bundeseinheitlichen Vergütungslisten gezahlt.

~~Versicherte, die 18 Jahre alt sind, leisten eine Zuzahlung von 10 % der vertraglichen Leistung.~~

~~Neben der Zuzahlung von 10 % ist lediglich eine einmalige Verordnungsblattgebühr von 10,00 € in Abzug zu bringen. Die ambulante Vorsorgeleistung ist als eine Kompaktleistung zu sehen. Dies gilt auch, wenn im Einzelfall eine Nachverordnung notwendig wird.~~

~~Kosten für ärztlich verordnete klassische Heilmittel, die in den Vergütungslisten nicht aufgeführt sind (z. B. Thermalbäder, Ozon) werden unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernommen. Hierbei kann es sich nur um vergleichsweise im Inland verordnungsfähige ortsabhängige Heilmittel handeln.~~

~~**Nicht** erstattet werden die Kosten für Diätkost, Tees, Tafel-/Heilwasser, Fruchtsäfte, Weine, Solarium, Sauna, Gasinjektionen sowie Leihgebühren für z. B. Liegestühle, Strandkörbe und Bademantel.~~

~~Von den erstattungsfähigen Heilmittelkosten wird der Verwaltungskostenabschlag abgezogen.~~

~~Die Höhe des Erstattungsbetrages wird dem Kunden mit der Vorlage GAZAHLUNG (BITMARCK\_21c) mitgeteilt.~~

Hinweis: Kostenerstattung bei durchgeführter Pauschalreise

Bei einer **Pauschalreise** ist grundsätzlich eine aufgeschlüsselte Rechnung des Hotels oder Reiseunternehmens erforderlich, aus der der Umfang und die Kosten der ärztlich verordneten Heilmittel und der ärztlichen Behandlung spezifiziert hervorgehen.

Die Heilmittelkosten werden unter Berücksichtigung der gesetzlichen Zuzahlung **bis** zur Höhe der im Inland geltenden Vertragssätze erstattet.

Zu den erstattungsfähigen Heilmitteln gehören physiotherapeutische Leistungen, Massagen, med. Bäder, Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Inhalationen und andere Heilmittel und Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die im Rahmen der Gesamttherapie notwendig sind, um den Behandlungserfolg zu erreichen.

Die Heilmittelkosten können gegen Aushändigung der Rechnung und der entsprechenden ärztlichen Verordnungen (Kurbuch u. ä.) erstattet werden.

Es werden die Vertragssätze nach den bundeseinheitlichen Vergütungslisten gezahlt.

~~Versicherte, die 18 Jahre alt sind, leisten eine Zuzahlung von 10 % der vertraglichen Leistung.~~

~~Neben der Zuzahlung von 10 % ist lediglich eine einmalige Verordnungsblattgebühr von 10,00 € in Abzug zu bringen. Die ambulante Vorsorgeleistung ist als eine Kompaktleistung zu sehen. Dies gilt auch, wenn im Einzelfall eine Nachverordnung notwendig wird.~~

~~Kosten für ärztlich verordnete klassische Heilmittel, die in den Vergütungslisten nicht aufgeführt sind (z. B. Thermalbäder, Ozon) werden unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung übernommen. Hierbei kann es sich nur um vergleichsweise im Inland verordnungsfähige ortsabhängige Heilmittel handeln.~~

~~**Nicht** erstattet werden die Kosten für Diätkost, Tees, Tafel-/Heilwasser, Fruchtsäfte, Weine, Solarium, Sauna, Gasinjektionen sowie Leihgebühren für z. B. Liegestühle, Strandkörbe und Bademantel.~~

~~Von den erstattungsfähigen Heilmittelkosten wird der Verwaltungskostenabschlag abgezogen.~~

~~Die Höhe des Erstattungsbetrages wird dem Kunden mit der Vorlage GAZAHLUNG (BITMARCK\_21c) mitgeteilt.~~

- **Zuschuss (bis 21.07.2010)**

---

Mit dem 3. Nachtrag zur Satzung der DAK ist ab dem 22.07.2010 der Zuschuss zu den Kosten einer ambulanten Vorsorgeleistung entfallen.

---

#### 951.1.1.1.2.3 MDK

Die MDK-Begutachtung erfolgt grundsätzlich bei jedem 4. Antrag auf Leistungen zur ambulanten und stationären Vorsorge und Rehabilitation. Diese Anträge sind mit dem entsprechenden Maßnahmeschlüssel in der BM 7.18 zu kennzeichnen. Eine MDK-Begutachtung ist sinnvoll, wenn

- Zweifel an der medizinischen Notwendigkeit der beantragten Leistung aufgrund unvollständiger oder nicht plausibler Angaben zu Vorsorge-/Rehabilitationsbedürftigkeit, -fähigkeit oder -zielen bestehen.
- Leistungen vor Ablauf von 3 bzw. 4 Jahren beantragt werden und sich aus medizinischen Gründen die erforderliche Dringlichkeit nicht zweifelsfrei aus den Antragsunterlagen ergibt.
- aufgrund der nach Art, Schwere, Dauer und Häufigkeit der Erkrankung oder dem Krankheitsverlauf - insbesondere im Hinblick auf die Versorgungsplanung - eine MDK-Einschätzung notwendig ist. Antragstellungen in folgenden Bereichen legen dies nahe:
  - Neurologie
  - Geriatrie
  - Rehabilitation psychisch Kranker (RPK)
  - Entwöhnungsbehandlung (Sucht)
- dem ärztlichen Befundbericht (z. B. Muster 25) oder dem Antrag der Versicherten personenbezogene Zusatzinformationen des Arztes/Therapeuten oder der Versicherten selbst in einem verschlossenen, an den MDK adressierten Umschlag beiliegen.
- es sich um Widersprüche oder Verlängerungsanträge handelt.

#### Anmerkung zu Zweitgutachten

Eine Beratung mit der Zielsetzung eines Zweitgutachtens ist nicht anzustreben. Nur, wenn der Kunde aus eigener Initiative weitere ärztliche Unterlagen einreicht bzw. im Rahmen des Widerspruchsverfahrens, ist eine Zweitbegutachtung zu veranlassen.

Die Begutachtung ist mit Vordruck 951-041 einzuleiten.

Dem Auftrag zur Begutachtung sind

- der Antrag
- ggf. weitere ärztliche Unterlagen

beizufügen.

Wird vom MDK ein Termin zur persönlichen Begutachtung mitgeteilt, ist die Kundin/der Kunde mit Vordruck 951-043 (DAKIDIS) / Brief GMMDKUNT (21c\_kern) vorzuladen.

Dem MDK sind ausreichende medizinische und sozialmedizinische Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Es ist zwingend darauf zu achten, dass die Angaben im Antrag vollständig sind.

Reichen die Angaben des MDK für die Entscheidung nicht aus, sind die fehlenden Angaben nachzufordern.

§ 76 Abs. 3 SGB X - Einschränkung der Übermittlungsbefugnis bei besonders schutzwürdigen Sozialdaten

§ 276 Abs. 1 Satz 2 SGB V - Zusammenarbeit

§ 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V - Zusammenarbeit

Begutachtungsanleitung - Richtlinie des GKV-Spitzenverbandes nach § 282 SGB V - Vorsorge und Rehabilitation

#### 951.1.1.1.2.4 Bearbeitung

Für die Antragstellung stehen die Vordrucke 955-001 / GAVANTR und GAUANTR zur Verfügung. Wird ein formloses Attest oder das Muster 25 vorgelegt, dem alle für die Beurteilung des Antrages notwendigen Angaben - insbesondere, ob Heilmittel angewendet werden sollen - zu entnehmen sind, kann dies anerkannt werden. Auf eine zusätzliche Ausfüllung des Antrages durch den Arzt wird in diesem Fall verzichtet.

Die Fragen im Antrag müssen vollständig beantwortet sein. Fehlende Angaben des Kunden können nach telefonischer Rücksprache nachgetragen werden.

**Die Angaben zu den Diagnosen dürfen nur vom Arzt berichtet oder ergänzt werden.**

Der "Vorschlag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes" darf bei Eingang des Antrages nicht älter als drei Monate sein.

Neben den Anspruchsvoraussetzungen muss unabhängig von den Angaben des Kunden geprüft werden, ggf. durch Anfrage bei der Vorgängerkasse (GMVORKK bzw. GMVORK), ob die **gesetzliche Wartezeit** eingehalten wurde.

Bestätigt der MDK, dass statt der beantragten ambulanten Vorsorgeleistung die medizinischen Voraussetzungen für stationäre **Reha**-Maßnahmen des RV-Trägers erfüllt sind, ist der Antrag abzulehnen. Der Kunde ist zu informieren und an den RV-Träger zu verweisen.

Für die Bewilligung steht der Vordruck GMBEWAUSEL zur Verfügung.

Ambulante Vorsorgeleistungen werden mit dem Vordruck 951-001 beantragt. Wird ein formloses Attest oder das Muster 25 vorgelegt, dem alle für die Beurteilung des Antrages notwendigen Angaben - insbesondere, ob Heilmittel angewendet werden sollen - zu entnehmen sind, kann dies anerkannt werden. Auf eine zusätzliche Ausfüllung des Antrages durch den Arzt wird in diesem Fall verzichtet.

Die Fragen im Antrag müssen vollständig beantwortet sein. Fehlende Angaben des Kunden können nach telefonischer Rücksprache nachgetragen werden.

**Die Angaben zu den Diagnosen dürfen nur vom Arzt berichtet oder ergänzt werden.**

Der "Vorschlag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes" darf bei Eingang des Antrages nicht älter als drei Monate sein.

Neben den Anspruchsvoraussetzungen muss unabhängig von den Angaben des Kunden geprüft werden, ggf. durch Anfrage bei der Vorgängerkasse (Vorlage 951-065 / GMVORKK), ob die **gesetzliche Wartezeit** eingehalten wurde.

Für die Prüfung, ob es sich um einen anerkannten Kurort handelt, stehen die Fachinformationen:

- Anerkannte Heilbadeorte Ausland

zur Verfügung.

Bestätigt der MDK, dass statt der beantragten ambulanten Vorsorgeleistung die medizinischen Voraussetzungen für stationäre **Reha**-Maßnahmen des RV-Trägers erfüllt sind, ist der Antrag abzulehnen. Der Kunde ist zu informieren und an den RV-Träger zu verweisen.

**Der Antrag ist unverzüglich zu bearbeiten. Dabei muss 010 Fristen der Antragsbearbeitung unbedingt beachtet werden.**

Können die Fristen nicht eingehalten werden, muss der Kunde unter Darlegung der Gründe vor Fristablauf formlos schriftlich informiert werden. Die Fristen sind bis zur Entscheidung über die beantragte Leistung durch Termin zu überwachen. Werden die Bearbeitungsfristen nicht eingehalten, kann ein Vermögensschaden für die Kasse entstehen.

Ambulante Vorsorgeleistungen werden mit dem Vordruck 951-001 beantragt. Wird ein formloses Attest oder das Muster 25 vorgelegt, dem alle für die Beurteilung des Antrages notwendigen Angaben - insbesondere, ob Heilmittel angewendet werden sollen - zu entnehmen sind, kann dies anerkannt werden. Auf eine zusätzliche Ausfüllung des Antrages durch den Arzt wird in diesem Fall verzichtet.

Die Fragen im Antrag müssen vollständig beantwortet sein. Fehlende Angaben des Kunden können nach telefonischer Rücksprache nachgetragen werden.

#### **Die Angaben zu den Diagnosen dürfen nur vom Arzt berichtet oder ergänzt werden.**

Der "Vorschlag der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes" darf bei Eingang des Antrages nicht älter als drei Monate sein.

Neben den Anspruchsvoraussetzungen muss unabhängig von den Angaben des Kunden geprüft werden, ggf. durch Anfrage bei der Vorgängerkasse (Vorlage 951-065 / GMVORKK), ob die **gesetzliche Wartezeit** eingehalten wurde.

Für die Prüfung, ob es sich um einen anerkannten Kurort oder Kompaktkurort handelt, stehen die Fachinformationen:

- Anerkannte Heilbadeorte Ausland

zur Verfügung.

Für die MDK-Begutachtung und die Entscheidung über die Maßnahme (Kurort und die Dauer) werden die gesamten Antragsunterlagen an den GesB weitergeleitet.

Zur Erstellung der Kostenzusage gibt der GesB die Unterlagen mit den entsprechenden Angaben zurück.

Die Anleitungen für den GesB finden Sie unter 981 Ambulante Vorsorgeleistungen In- und Ausland.

Hinweis: Benachrichtigung des Versicherten über Bewilligung oder Ablehnung Ausland

Sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, steht für die Bewilligung der Vordruck

- Vordruck 951-103 (DAKIDIS) / GMBEWAUSEL (iskv\_21c)

zur Verfügung.

Dem Bewilligungsschreiben wird das Merkblatt des jeweiligen Landes beigelegt.

Wird eine ambulante Vorsorgeleistung abgelehnt, ist es dem Kunden bzw. der Kundin vom Kundenberater unter Angabe der Gründe mitzuteilen.

Bei **contergangeschädigten** Kunden beachten Sie bitte 010 Leistungsablehnung.

Hinweis: Verlängerung und Abbruch bei ambulanten Vorsorgeleistungen im Ausland

#### **Verlängerung**

Wird mit den Abrechnungsunterlagen ein ärztlich begründeter Verlängerungsantrag eingereicht, ist diesem bis zu einer Gesamtdauer von 28 Tagen zuzustimmen.

#### **Abbruch**

Der Grund für den Abbruch der ambulanten Vorsorgeleistung (auf Anraten des Arztes oder aus zwingenden persönlichen Gründen abgebrochen, z. B. schwerer Krankheitsfall in der Familie, Rückruf durch den Arbeitgeber) ist zu erfassen.

---

---

**Hinweis: Abrechnung bei ambulanten Vorsorgeleistungen im Ausland**

Die zum Teil von den Hotels ausgestellten **Bescheinigungen, Erklärungen und Bestätigungen** über Heilmittel und ärztliche Behandlungen sind keine ordnungsgemäßen Rechnungen. Sie gelten lediglich als Verordnungen, sofern sie vom Kurarzt unterschrieben wurden. In diesem Fall muss der Kunde gebeten werden, die Kosten der ambulanten Vorsorgeleistung anhand der Gesamtrechnung des Hotels oder des Reiseunternehmens nachzuweisen.

Wenn aus fremdsprachigen Rechnungen nicht ersichtlich ist, welche Leistungen erbracht wurden, muss der Kunde um eine Erläuterung über die erbrachten Leistungen gebeten werden. Es wird nicht immer zweifelsfrei festgestellt werden können, welche Leistungen der Arzt oder andere Stellen erbracht haben. In solchen Fällen ist für die Kostenerstattung eine Übersetzung notwendig, deren Kosten vom Versicherten zu tragen sind.

Maßgebend für den Umrechnungskurs ist der Verkaufskurs am Tag der Erstattung.

Fachinformationen: Verkaufskurse ausländischer Währungen

Die Höhe der erstattungsfähigen Kosten ergibt sich aus 951 Inhalt und Umfang der Leistung.

Für die Errechnung des Erstattungsbetrages steht die Abrechnungshilfe Vordruck 951-811 zur Verfügung.

Der Verwaltungskostenabschlag kann in der BM 7.9.1.14 nicht dargestellt werden. Die ZUEV-Überweisung muss daher um den Verwaltungskostenabschlag gekürzt werden. Anschließend wird die offene Verpflichtung auf das u. g. Sachkonto umgebucht.

Die Höhe des Erstattungsbetrages wird dem Kunden mit Vorlage GAZAHLUNG (BITMARCK\_21c|ng) mitgeteilt.

Hinweis: Kostenerstattung bei durchgeführter Pauschalreise

**Hinweis: Leistungen für nichtversicherte Flüchtlinge**

Für

- ambulante **Vorsorgeleistungen**,
- stationäre **Vorsorgemaßnahmen** sowie
- stationäre **Vorsorgemaßnahmen** für Mütter und Väter

gilt die Aufschiebbarkeit der Leistung. Eine Bewilligung durch die DAK-Gesundheit ist daher ausgeschlossen.

Entsprechende Anträge sind unverzüglich zur Entscheidung an die jeweiligen Städte / kreisfreien Städte / Landkreise / Gemeinden weiterzuleiten. Diese sind als "Arbeitgeber" in BM 5.1.1 erfasst.

**951.1.1.1.2.5 Bildschirmmasken-Eintragungen (21c\_kern)**

Die "Allgemeinen Grundsätze" für die Erfassung sind in der BITMARCK\_21c|ng Onlinehilfe für 21c\_kern - Leistungen - Medizinische Vorsorge / Rehabilitation beschrieben.

Die BITMARCK\_21c|ng Onlinehilfe für 21c\_kern dient ausschließlich der Beschreibung der Erfassungsmöglichkeiten - die Anweisungen zur Bearbeitung werden dadurch nicht ersetzt.

Alle Aktivitäten müssen in den vorhandenen Reitern erfasst werden.